

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N° 216

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mohamed BEN SALEM

né le 3 Janvier 1915 à Radès (Tunisie)

1-4 JUL 1942

La Tuberculose
chez les Ouvriers Musulmans
Nord-Africains en France
(ETUDE MEDICO-SOCIALE)

Président : M. le Professeur TROISIER

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BEN SALEM.**

Prénom : **Mohamed**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

BEN SALEM Mohamed. —

La Tuberculose chez les Ouvriers
Musulmans Nord - Africains en
France (Etude médico - Sociale).
— Paris, Librairie Marcel Vigné,
1942, in-8°, p. 56.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942
(n°)).

BEN SALEM Mohamed. —

La Tuberculose chez les Ouvriers
Musulmans Nord - Africains en
France (Etude médico - sociale).
— Paris, Librairie Marcel Vigné,
1942, in-8°, p. 56.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942
(n°)).

BEN SALEM Mohamed. —

La Tuberculose chez les Ouvriers
Musulmans Nord - Africains en
France (Etude médico - sociale).
— Paris, Librairie Marcel Vigné,
1942, in-8°, p. 56.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942
(n°)).

BEN SALEM Mohamed.

La Tuberculose chez les Ouvriers
Musulmans Nord - Africains en
France (Etude médico - sociale).
— Paris, Librairie Marcel Vigné,
1942, in-8°, p. 56.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942
(n°)).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mohamed BEN SALEM

né le 3 Janvier 1915 à Radès (Tunisie)

La Tuberculose
chez les Ouvriers Musulmans
Nord-Africains en France
(ETUDE MEDICO-SOCIALE)

Président : M. le Professeur TROISIER

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1942

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	PASTEUR - VALLE- RY - RADOT
Pathologie chirurgicale	QUENU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	N...
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCC
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	DONZELOT
	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 JAYLE. Chimie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 HUGUENIN Anatomie-Pathol.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		de GAUDART	
LAROCHE (G.)....		d'ALLAINES..	
LIAN		MOULONGUET ...	
MOREAU		MOURE	
SÉZARY			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educational physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME.....	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

*Qui ont été pour moi le soutien de
tous les instants.*

*Le témoignage de mon profond
amour.*

A Monsieur le Professeur TROISIER
Professeur à la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Hommage très respectueux.*

A Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON

Ancien Professeur de Clinique à la Faculté

Membre et Ancien Président de l'Académie

de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A notre Maître le Docteur Ali SAKKA

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin-Chef du Service de la Tuberculose

à l'Hôpital Franco-Musulman

Médecin-Chef des Dispensaires Antituberculeux

de l'Office Public d'Hygiène Sociale

Médecin-Chef du Sanatorium d'Ormesson

Qu'il veuille bien accepter notre reconnaissance et notre affection pour le travail qu'il nous a inspiré, pour sa bienveillance et les conseils qu'il n'a pas cessé de nous prodiguer.

I. — INTRODUCTION.

En 1843 : « La tuberculose passait pour une exception pathologique » (MAILLOT). En 1860, la mortalité totale par Tuberculose était de 7 %; en outre, sur 100 décès par cette affection, 67 % revenaient aux Européens émigrés et 33 % seulement aux Indigènes.

En 1942 : La tuberculose est devenue un véritable fléau, déterminant une morbidité et une mortalité effrayantes dans tous les milieux Musulmans Nord-Africains; constatation faite par les auteurs Algériens, Tunisiens et Marocains lors du 8^e Congrès National de la Tuberculose de Marseille en 1935.

Frappés par ce fait, et intrigués par le nombre toujours croissant de tuberculeux pulmonaires que nous voyons à l'Hôpital Franco-Musulman depuis des années, nous nous sommes attachés à étudier

la Tuberculose pulmonaire chez les ouvriers Musulmans Nord-Africains en France.

Pourquoi est-elle si fréquente et à marche aussi fréquemment extensive, souvent mortelle?

Y aurait-il corrélation entre la présence de ces ouvriers en France et l'extension de la Tuberculose dans le Nord-Afrique?

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de reprendre le problème dès le début.

Nous étudierons d'abord l'émigration des Nord-Africains en France; pourquoi et quelles conditions elle s'est faite.

Nous examinerons ensuite les conditions de vie du travailleur Nord-Africain en France : situation matérielle et morale.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les formes cliniques les plus ordinairement rencontrées dans le milieu musulman et les raisons qui font que la Tuberculose est si meurtrière.

Nous exposerons ce qui a été fait au point de vue sanitaire, nous verrons que la prophylaxie se réalisait par le placement et les foyers.

Le dépistage, par les Dispensaires.

L'isolement et le traitement, par l'Hôpital Franco-Musulman.

Nous démontrerons l'insuffisance de ces moyens de lutte antituberculeuse et la nécessité de les ren-

forcer, et ceci dans l'intérêt, des collectivités Métropolitaines et Nord-Africaines.

Il faudrait aussi, et de ce la rien n'a été fait que les trois gouvernements du Nord-Afrique se préoccupent des ouvriers qui reviennent de France.

Une liaison sanitaire établie entre les services de l'Afrique du Nord et ceux de France devrait permettre d'accueillir à leur retour dans leur pays d'origine, les malades, et de les soigner au lieu de les abandonner au milieu de leurs douars qu'ils contaminent.

Pour lutter efficacement contre la Tuberculose, une seule force à la base : l'amélioration des conditions de vie de l'autochtone et une plus grande diffusion de l'Instruction.

La récompense que nous attendons de notre travail c'est de pouvoir attirer l'attention des Pouvoirs publics sur ce fléau social qui menace avec la même gravité et la Métropole et le Nord-Afrique, de façon à prendre toutes les mesures urgentes pour l'arrêter dans son essor destructeur.

I. — L'ÉMIGRATION DES NORD-AFRICAINS EN FRANCE.

a) *Causes qui attirent les Nord-Africains en France*

Avant la guerre 1914-1918, leur nombre était insignifiant. Ce n'est que depuis que le mouvement de population prit de l'ampleur.

Il est nécessaire d'étudier la cause de ce phénomène migration, car il est de toute évidence que si on veut le gouverner c'est sur la cause qu'il faut agir.

D'abord la guerre, la première vision des tirailleurs Nord-Africains fut celle d'une foule enthousiaste, acclamant leurs magnifiques régiments; le retour fut aussi triomphant.

Une fois chez eux ils racontaient que la France est un pays où la vie est belle.

Ils se hâtèrent d'y retourner; d'autre part, la vie qu'ils trouvèrent en France, pour misérable et dure qu'elle soit, leur offre des avantages certains et une liberté plus grande.

Mais la raison principale est la supériorité des salaires en France. C'est donc la question économique qui compte véritablement.

Les salaires sont plus élevés en France que dans le Nord-Afrique; à travail et rendement équivalents un ouvrier obtient en France un salaire supérieur. Aucun mobile psychologique ne serait assez puissant pour les faire venir en France s'ils n'avaient pas l'espérance de gagner plus d'argent pour en rapporter chez eux; à la suite de quelles privations arrivent-ils à expédier chaque année plus de cent millions de francs! C'est ce que nous verrons plus loin.

Il est si vrai que c'est la question économique qui compte véritablement que les 9/10^e des émigrants sont des Kabyles; or, la densité des habitants des montagnes du Djuijara est grande et le sol en est si pauvre qu'il pousse ses habitants à s'expatrier pour gagner leur vie.

Cette émigration devient de plus en plus importante depuis 1919.

Notons qu'il y a à peu près, chaque année, le même nombre qui retourne, c'est donc une émigration tout à fait spéciale, remarquable par son caractère temporaire.

Nous verrons que ce mouvement de va-et-vient contribua largement à l'extension de la Tuberculose dans le Nord-Afrique.

Dans quelles conditions s'est faite cette émigration?

Il a fallu une circonstance extraordinaire, la guerre 1914-1918 pour qu'on fasse appel à la main-d'œuvre coloniale pour travailler dans les mines et dans les usines de guerre.

Le 1^{er} janvier 1916, le service des travaux coloniaux fut créé au Ministère de la Guerre.

Un service central s'est occupé du recrutement, établi les contrats de travail, dirigea l'embauchage et l'arrivée des travailleurs.

Le dépôt de Marseille comprenait des logements en briques, conçus avec un grand souci d'hygiène.

Les primes d'engagement et de rengagement.

Le logement, les soins médicaux et pharmaceutiques étaient gratuits.

Voyage aller-retour payé. Nourriture et vêtements à de bonnes conditions.

Le résultat fut, dans l'ensemble, satisfaisant et on peut dire que les 150.000 travailleurs Nord-Africains furent loin d'être malheureux.

Mais aussitôt l'armistice, le plus grand des désordres régna dans cet important mouvement de population; aucune organisation ne fonctionna régulièrement.

Arrivés sur le sol français sans contrat de travail, ces ouvriers se trouvent alors livrés à eux-mêmes.

Que deviennent ces pauvres montagnards de Kabylie dans la vie dévorante des cités métropolitaines?

Ils sont mal préparés à la vie urbaine qu'ils vont vivre et se brûlent vite les ailes.

Ces hommes sans aucune instruction, ne sachant même pas s'exprimer en français, se trouvent livrés sans défense à toutes les misères sociales.

Une fois l'époque euphorique passée est venu le chômage, avec tout son cortège de malheurs.

Chômeurs au début et chômeurs sans ressources du tout, une fois embauchés les employeurs, dès que la nécessité se fait sentir, congédient d'abord et pour de multiples raisons, les travailleurs Nord-Africains.

Ces travailleurs sont donc à tout instant à la merci des variations économiques et ils souffrent cruellement du chômage.

Sans travail et isolés, ils traînent sur le pavé, vêtus d'effets usagés ou de défroques militaires qui les protègent mal du froid et de la pluie, et même lorsque le chômage n'est pas complet ces gens, venus du bled avec le désir de vivre en travaillant tout en réalisant des économies, arrivent à des degrés de privations effarants (nous pouvons citer le cas d'un ouvrier Algérien qui, gagnant 80 francs par jour en 1941, vivait avec 14 francs et envoyait

le reste à sa femme et à ses enfants restés en Algérie).

Leur logement est précaire, occupant à plusieurs une chambre minuscule, réduisant au maximum leur vêtue et leur ration alimentaire.

Ils ont dû, du jour au lendemain, changer leurs habitudes et s'astreindre à un travail fatigant auquel ils n'étaient pas habitués.

Ce radical changement de vie, qui ne pouvait être compensé par le bénéfice de conditions d'hygiène en rapport avec une situation nouvelle, ne pouvait qu'entraîner une diminution du facteur résistance et exposer ces prolétaires au péril tuberculeux.

Quelles facilités de contamination, en effet, dans les chambres où s'entassaient ces ouvriers alors que l'un ou plusieurs d'entre eux toussent et crachent, disséminant le bacille de Koch autour d'eux.

Si on ajoute que généralement ces logements se trouvent dans des ruelles étroites, encaissées, obscures, suintantes d'humidité, encombrées d'individus au faciès pâle, à l'air souffreteux, disposant de bien peu de place, d'air et de lumière, l'on comprendra dans quelles conditions précaires se logent ces miséreux.

De telles conditions de vie devaient faire des ouvriers Musulmans Nord-Africains des proies faciles pour les maladies.

Comment s'étonner dès lors que la Tuberculose y fasse des ravages et que ces hommes, après quelques mois de privations, finissent sur un lit d'hôpital!

Et comment s'étonner encore que ces malades sans instruction, rapportent avec eux le terrible fléau, où il trouve dans la promiscuité des gourbis de ces montagnards un terrain favorable!

Pour nous, c'est l'inconvénient le plus grave de l'exode des Nord-Africains vers la France.

Car la Tuberculose menace de devenir la grande faucheuse des populations Musulmanes du Nord-Afrique.

Placés dans de pareilles conditions matérielles, ces ouvriers ne peuvent avoir qu'un moral en désarroi, ayant quitté leurs montagnes dans le seul but de gagner de l'argent et d'en économiser. Ils sont presque toujours simples et honnêtes; le niveau social et moral inférieur des gens qu'ils fréquentent dans les grandes villes métropolitaines.

Le dépaysement moral créé par les conceptions et les mœurs différentes qui les entourent, le chômage aidant, font qu'ils cèdent aux moindres entraînements.

Les tenanciers de toutes sortes les poussent à l'alcoolisme et exploitent leur passion du jeu. Isolés et sans retenue, ils s'y livrent en France sans limite.

Et beaucoup venus avec des idées de travail et d'économie, perdent leur argent, prennent des habitudes d'intempérance et de laisser-aller, et n'envoient plus aucun subside à leur famille restée en Afrique.

Le déracinement et leurs excès s'expliquent par un dépaysement et leur isolement moral, qui réclament des mesures bienfaisantes.

Revenus chez eux amoindris, vaincus par la vie, aigris par la misère, trop souvent dévorés par des tares rapportées de là-bas, déchus moralement et physiquement.

Mais le véritable danger, comme nous l'avons déjà dit, c'est le retour de ces maladies parmi les leurs où ils survivent assez longtemps pour contaminer leurs proches, à la faveur des habitations sans air et sans lumière où ils s'entassent.

Un vœu adopté par nombre de Municipalités d'Algérie constatait que, depuis le départ régulier des Kabyles notamment, la Tuberculose, autrefois inconnue en Kabylie, a envahi maintenant toute cette région et fait d'effroyables ravages dans cette population laborieuse. Il a été officiellement constaté en Kabylie, que des familles entières, comptant 16 à 18 personnes, ont été anéanties par le fléau.)

ETUDE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE MUSULMAN NORD-AFRICAÏN EN FRANCE

Disons dès l'abord qu'il nous a été rarement donné d'examiner nos malades au début de leur affection.

Tous viennent consulter lorsqu'ils sont déjà installés dans leur maladie et bien des fois, tout près de l'issue fatale.

L'âge semble être un facteur indifférent. Il s'agit souvent d'individus entre 20 et 40 ans.

Dans les antécédents morbides, nous avons trouvé souvent de l'éthylisme, la syphilis, des infections broncho-pulmonaires et quelques cas de paludisme.

ASPECT SYMPTOMATIQUE.

Signes fonctionnels. — La douleur est précoce, remarquable par son caractère erratique, nécessitant à tout instant une médication révulsive.

La toux semble être plus pénible chez nos malades africains que chez l'Européen elle procède par quintes et revêt bien souvent le type de la toux émétisante; rarement sèche, elle s'accompagne habituellement d'une expectoration abondante.

L'expectoration est presque toujours présente, abondante, rarement numulaire, mais aérée, spumeuse. La richesse bacillaire n'est pas toujours très élevée et ne semble pas être en rapport avec l'importance des dégâts pulmonaires.

Cette expectoration est, d'autre part, souvent hémoptoïque.

L'hémoptysie est beaucoup plus fréquente et plus grave que chez l'Européen: elle est souvent foudroyante, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs algériens.

La fièvre. — On peut dire qu'elle est toujours présente, très accusée, présentant le type rémittent.

Sur 92 malades actuellement hospitalisés dans le service de tuberculose de l'Hôpital Franco-Musulman, 86 sont fébricitants.

L'état général est profondément altéré. L'anorexie est fréquente, les troubles digestifs très accusés, la fonte musculaire est rapide. L'asthénie est

intense, aboutissant rapidement à la déchéance physique totale, venant témoigner de la capitulation de l'organisme devant l'assaut de l'infection (forme toxémique).

SIGNES PHYSIQUES.

L'auscultation est rarement silencieuse, auscultation type caverneuse, et dans un très grand nombre de cas, bilatérale. On rencontre fréquemment des signes pleuro-bronchiques.

La réaction pleurale secondaire s'observe avec plus de fréquence chez nos malades Nord-Africains.

La réaction péritonéale est tantôt fruste, et s'extériorisant seulement par quelques douleurs abdominales ou une sensibilité diffuse à la palpation, tantôt plus accusée et se marquant par un certain degré d'ascite.

Il ne nous a pas semblé que la laryngite tuberculeuse et le pneumothorax spontané soient plus fréquents chez nos malades.

Réaction biologique : Cuti-réaction à la tuberculine : aucun caractère particulier, tout au plus réaction plutôt faible.

LES ASPECTS RADIOLOGIQUES

Traduisent des lésions massives, le plus souvent bilatérales dès le premier examen et dans une proportion beaucoup plus grande que chez l'Européen.

Sur 92 malades actuellement hospitalisés, nous trouvons 47 radiographies extériorisant des lésions bilatérales, relevant d'un processus broncho-pneumonique.

Nous remarquons en effet, et dans l'ensemble des champs pulmonaires, des opacités irrégulières réalisant souvent l'aspect de pommelures et dont la cohérence donne en certains endroits des ombres denses et assez homogènes pouvant, lorsqu'elles envahissent un lobe, en imposer pour une pneumonie caséuse.

Sur ce fond général, des pertes de substance s'accusent par des zones aériques de volume souvent réduit (aspect en mie de pain).

Nous avons rencontré deux fois seulement des cavernes de dimensions considérables (cavernes ballon des auteurs américains).

Dans les rares régions restées non infiltrées, l'ombre broncho-vasculaire paraît souvent manifestement épaissie.

Il est remarquable que les calcifications soient rares chez nos malades.

La localisation lobaire se présentait 16 fois : 9 lobites bilatérales, 7 unilatérales ou prédominant nettement d'un côté, 5 fois à droite.

Mais cette lobite présente radiologiquement un caractère spécial, c'est plutôt une localisation à prédominance lobaire. En effet, il n'y a aucune tendance à la sclérose, aucune limitation nette permettant d'espérer la guérison.

Le processus ulcéreux y creuse fréquemment soit en plusieurs endroits, ou d'une spéléonque volumineuse, donc aucun rapport avec la lobite généralement rencontrée chez l'Européen avec son ombre dense et homogène, sa tendance scléreuse et sa limitation stricte.

Dans 8 cas, la tuberculose s'est compliquée de pleurésie.

Sur 92 malades hospitalisés, nous avons noté :
3 cas de tuberculose fibreuse seulement;
2 cas de légère infiltration unilatérale, cliniquement et radiologiquement confirmés, découverts lors d'un examen systématique.

Une pneumoconiose avec association de tuberculose chez un ouvrier ayant travaillé 20 ans dans une mine. Il nous a été possible de traiter par le pneumothorax artificiel, que 14 malades seulement, 9 pneumothorax se sont avérés inefficaces après quelques insufflations, 5 sont régulièrement

entretenus dont 2 vraiment efficaces : collapsus total, disparition des B.K., bon état général.

Chez un malade nous avons noté une sclérose broncho-vasculaire diffuse, à type d'emphysème, avec bronchite surajoutée.

Il est difficile d'apprécier la part exacte de la tuberculose dans cette forme curieuse de sclérose pulmonaire. Ce malade présente un tableau d'emphysème et de catarrhe bronchique banal sans signe d'auscultation ni signe radiologique, pouvant faire suspecter la tuberculose.

L'état général de ce malade est bon. La température n'a jamais dépassé 37,5, l'expectoration n'est jamais bacillifère, aux homogénéisations répétées.

Peut-être s'agit-il de cette « bronchite des tirailleurs » dont parlent les auteurs algériens.

Les formes évolutives. — Chez l'ouvrier musulman, nous constatons que la tuberculose affecte le plus souvent une marche rapide, les formes aiguës, s'observe avec une fréquence plus grande que chez l'Européen.

Les poussées évolutives sont continues, subintrantes, comme soudées entre elles, au lieu de s'inscrire sur la courbe thermique comme dans les formes chroniques.

Elles conduisent le tuberculeux à sa fin, dans un délai qui varie habituellement de 5 à 10 mois.

ESSAI DE PATHOGÉNIE.

Nous venons de voir sous quels aspects se présente la tuberculose chez les Musulmans Nord-Africains en France.

Pourquoi cette gravité? S'agit-il *d'une virulence du germe?*

Certains auteurs avaient pensé qu'il y aurait peut-être une virulence accrue du B. K. — une sorte d'exaltation du virus tuberculeux chez le Nord-Africain. Les travaux de BURNET, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, ainsi que ceux de M. BERGERON, en collaboration avec le Docteur SAKKA, rendent bien discutable l'hypothèse de la gravité de la tuberculose pulmonaire en rapport avec une virulence exaltée du bacille de Koch.

Car on a remarqué que la virulence du B. K. est toujours sensiblement égale, même si on expérimente avec des germes de provenances les plus diverses. La virulence varie peu. On a essayé aussi d'accroître la virulence par des passages successifs au cobaye, le résultat a toujours été négatif.

Nous ne pensons donc pas qu'il s'agisse d'une virulence accrue du B. K.

LE TERRAIN TUBERCULISABLE CHEZ LE NORD-AFRICAÏN.

L'origine ethnique joue-t-elle un rôle dans le déterminisme de ces formes cliniques graves?

Il suffirait de faire observer que la tuberculose, si fréquente chez le Musulman, l'est beaucoup moins chez les juifs Nord-Africains, dont le fond ethnique est pourtant en grande partie le même, et au surplus l'on sait que toutes les races se comportent également suivant l'affection tuberculeuse.

S'agit-il d'une *primo-infection tuberculeuse*, qui est cause de la gravité particulière de la tuberculose des ouvriers musulmans? Nous ne le pensons pas, nous basant sur des arguments :

— *biologiques.*

Sur les conseils de CALMETTE, FOLY et PARROT entreprirent l'étude de l'imprégnation tuberculeuse des populations Nord-Africaines et remarquèrent un grand nombre de cuti-réactions positives.

Récemment, le Docteur DELIGNÉ qui a rassemblé les résultats de près de 60.000 cuti-réactions, est arrivé au même résultat.

Donc, pourcentage élevé chez l'adulte de cuti-réactions positives, attestant de l'importance de la tuberculisation d'une grande partie des indigènes.

Il n'y a donc aucun rapport avec les pays où les autochtones présentent une grande majorité de cuti-réactions négatives chez l'adulte, réalisant de véritables formes de primo-infection tuberculeuse. Comme chez les Sénégalais, par exemple.

— *Arguments cliniques.* —

Et comment penser à une tuberculose de primo-infection, puisque nos malades ne présentent pas de période prémonitoire que traduit le fléchissement de l'état général, l'amaigrissement musculaire, l'envahissement ganglionnaire progressif?

Nous avons vu que nos malades présentaient des lésions pulmonaires type broncho-pneumonique ou une sorte de lobite spéciale, c'est-à-dire en réalité une infiltration prédominant au sommet. Jamais de lésions type granulie ou pneumonie caséeuse, expression habituelle des tuberculoses de primo-infection, qui représentent chez le Sénégalais un contingent si important.

Sans doute les lésions pulmonaires sont considérables, mais elles y restent strictement localisées le plus souvent, et s'il fallait une preuve de cette limitation de l'atteinte tuberculeuse au poumon, le pneumothorax, lorsqu'il est réalisable, produit chez nos malades d'aussi heureux effets que chez

l'Européen, vient attester lui aussi de cette limitation des lésions aux poumons.

Donc, la tuberculose pulmonaire du Musulman, bien que de forme aiguë et d'évolution rapide ne paraît donc pas, dans la grande majorité des cas, tout au moins relever d'une primo-infection tuberculeuse et doit être considérée comme une forme de surinfection.

Nous pouvons donc conclure de cet essai de pathogénie, que ni la virulence du germe, ni l'hyper-sensibilité ethnique, ni la primo-infection tuberculeuse ne semblent être cause de cette gravité.

Pourquoi cette gravité?

Nous avons vu, précédemment, dans quelles conditions d'hygiène, d'habitation, vivaient ces ouvriers; nous connaissons les privations auxquelles ils s'astreignent pour faire des économies qui servent de subsides à leurs familles restées en Afrique du Nord. La promiscuité des lieux publics où ils se rendent souvent, tels ces cafés maures où chacun tousse et crache dans un air confiné, l'intoxication oxycarbonée, lente mais d'effet sûr, débilitant les corps et expliquant ce teint si blême.

Nous avons vu que ces ouvriers sont fréquemment sans travail et le chômage entraînant avec lui tout son cortège de misère et de détresse morale, enfin parmi tous ces facteurs amoindrissants,

la résistance organique, on doit faire une part importante au moral, vivant dans une civilisation qu'ils ne comprennent pas, à laquelle ils n'étaient pas préparés par suite du manque d'instruction, ayant changé du jour au lendemain leurs habitudes, et vivant sous un climat qui n'est pas le leur.

Ayant laissé des êtres chers de l'autre côté de la Méditerranée pour lesquels ils ont émigré, pour assurer une vie meilleure ils se trouvent devant la lamentable vie qu'ils mènent, l'on comprend que ces pauvres ouvriers aient des préoccupations obsédantes qui dépriment, des peines et des déceptions qu'ils n'osent avouer, des désarrois intimes qui ébranlent la résistance devant la maladie.

Nous pensons que c'est un facteur important de l'éclosion de la tuberculose.

Dans un passage célèbre de son livre, LAËNNEC parle « des passions tristes » comme l'un des facteurs étiologiques de la phtisie, et nous pensons que ni la découverte de la nature infectieuse de la maladie, par VILLEMIN, ni celle de son agent spécifique, par Robert KOCH, n'ont diminué l'importance de cette notion.

Isolé dans un milieu qu'ils ne comprennent pas, du moins peuvent-ils trouver un foyer, une famille pour partager leurs peines et faire en sorte qu'elles soient moindres. Or, pratiquement, tous vivent

seuls, et l'importance de ce manque de foyer est certain dans l'éclosion de la tuberculose.

Dans un travail de M^{me} Marie DE NEYMAN, on trouve sur cette question quelques précisions d'un grand intérêt :

Sur 100 étudiants tuberculeux, objets de son enquête, 11 étaient mariés; parmi les 89 célibataires, 49 seulement vivaient chez leurs parents, deux dans leur famille indirecte, 20 habitaient seuls à l'hôtel ou dans des cités universitaires, 18 étaient pensionnaires.

L'auteur souligne cette forte proportion d'étudiants vivant en dehors du foyer familial, comme une des causes prédisposant indirectement à la tuberculose par les mauvaises conditions de vie qu'elle entraîne.

Mais, scrutant par ailleurs l'atmosphère familiale qui régnait chez les 49 favorisés, vivant à la maison, elle constate que dans 31 cas seulement, il s'agissait d'une famille au complet, dont les membres vivaient en bonne harmonie.

Dans 6 cas, l'atmosphère familiale se trouvait troublée; dans 9 cas, l'un des parents était décédé et dans l'un de ceux-ci le climat, à la suite d'un remariage, était devenu très orageux.

En définitive, près des 3/5^e des étudiants ne jouissaient pas de l'atmosphère paisible d'un foyer normal.

Or, il ne s'agit que de jeunes étudiants vivant dans leur pays. Pour nos ouvriers, le manque de foyer se fait encore plus sentir.

Comment s'étonner, dès lors, devant tous ces facteurs prédisposants, que la tuberculose soit fréquente dans ce milieu et fréquente sous les formes aiguës, presque toujours broncho-pneumoniques, à symptomatologie fonctionnelle et physique toujours accusée, à évolution rapide (quelques mois)?

Pour nous donc, et sans sous-estimer le rôle des affections chroniques, si l'ouvrier Nord-Africain paie, actuellement, un lourd tribut à la tuberculose pulmonaire, cela est dû essentiellement aux conditions déplorables d'hygiène, d'habitation et d'alimentation, au désarroi moral, qu'il faut voir la cause de la fréquence et de la gravité de la tuberculose pulmonaire.

LES ŒUVRES EN FAVEUR DES OUVRIERS NORD-AFRICAINS EN FRANCE

CE QUI A ÉTÉ FAIT

Faut-il simplement déplorer ce fléau qui, non seulement menace de s'étendre à tout le milieu Nord-Africain, mais constitue aussi un danger constant pour la population métropolitaine.

Les autorités se sont émues et sous l'instigation du Conseil Municipal de Paris, des services de surveillance, d'assistance et de protection des Nord-Africains ont été créés dans le département de la Seine.

L'Assistance aux ouvriers Nord-Africains : Donner du travail lorsqu'ils chômaient, des soins lorsqu'ils étaient malades et même un abri lorsqu'ils n'avaient plus d'argent. L'augmentation du nombre des émigrés rendit indispensable la lutte

contre la vie misérable qu'un trop grand nombre d'entre eux menaient dans des taudis sans air et sans lumière, et contre les maladies qui les décimaient. Cette œuvre d'assistance comprenait :

- a) Le placement,
- b) les foyers,
- c) les dispensaires,
- d) l'hôpital franco-musulman.

a) *Le Placement.* — Nous avons vu que souvent ces ouvriers attendaient plusieurs semaines avant d'être embauchés. Nous savons que le chômage était fréquent, il y avait donc nécessité de créer un Bureau de Placement. La Préfecture de la Seine le mit au point en 1926, son siège se trouve rue Lecomte, son rôle consistait à enregistrer les chômeurs et à recevoir les demandes des employeurs.

Le Bureau eut aussi à placer les demandes et offres d'emploi et enquête sur la position et les besoins de la main-d'œuvre nord-africaine, d'où double résultat^o : diminution du trafic de faux certificats des embauchages accordés contre des rémunérations extorquées aux malheureux chômeurs. Cette organisation mettait fin à de tels abus.

A côté du placement proprement dit, le Bureau s'occupe, d'une façon générale, de toutes les ques-

tions de main-d'œuvre et de travail, il régularise la situation des chômeurs en visant les cartes de chômage. Il apporte son aide aux travailleurs de l'industrie pour toutes les difficultés relatives à des accidents du travail. Il s'efforce de leur faire toucher les sommes auxquelles ils ont droit, entre en rapport avec les employeurs, les assureurs, etc., il s'occupe des allocations aux familles nombreuses (question d'importance), car elle présente un secours moral important pour les Nord-Africains et une grande diminution des soucis.

b) *Les Foyers.* — La question du logement est pour eux d'une importance capitale, leurs gains extrêmement bas, coupés de fréquents chômages, leur faisaient rechercher un abri au plus bas prix. Nous avons vu qu'ils logeaient par dizaines dans d'infâmes taudis.

L'idée de créer pour eux des foyers, c'est-à-dire des locaux destinés à les loger, dans lesquels ils trouvaient de l'air, du soleil et de la propreté, devait naître une des premières dans l'esprit de ceux que la question que les ouvriers Musulmans Nord-Africains préoccupait. Il y eut d'abord des foyers créés sur l'initiative privée, qui connut quelques déboires. Le service de la rue Lecomte prit l'affaire en mains et comprit vite que la question du logement était prépondérante pour ces immigrants.

Après quelques essais à Colombes et à Nanterre, un premier foyer de 80 lits fut créé à l'angle des rues Clairault et Lecomte en 1927, comprenant des chambres claires, aérées, maintenues dans un strict état de propreté, avec des bains et des douches. Ce foyer était gratuit.

A la même époque, l'Union des Femmes de France, qui avait créé un Foyer à Colombes, 73, rue d'Argenteuil, le céda à la Ville de Paris, qui en assura le fonctionnement dès le mois d'avril 1927.

Un autre Foyer fut ouvert à Gennevilliers, au mois d'avril, à l'emplacement même où grouillait une véritable cour des Miracles.

Des essais analogues furent entrepris à Boulogne-Billancourt et dans le XIII^e arrondissement, rue Nationale. Ces foyers contenaient des logements sains où les ouvriers pouvaient prendre des habitudes d'hygiène. Les logements étaient loués un prix raisonnable. On y rattacha un café maure d'une bonne tenue.

L'une des pièces du foyer de Gennevilliers, a été transformée en salle de méditations.

Les résultats furent satisfaisants en ce sens que ces foyers n'ont jamais chômé.

La prophylaxie de la Tuberculose, constituée par l'Œuvre de Placement et les Foyers, a été heureusement complétée par des cours d'adultes et

des cours d'apprentissage, permettant de lutter contre l'obscurantisme dans lequel ils se trouvent.

LES DISPENSAIRES : ORGANES DE DÉPISTAGE.

La Ville de Paris, émue par le nombre toujours grandissant de malades Nord-Africains, et surtout de tuberculeux pulmonaires, dus aux privations et aux tristes conditions d'hygiène dans lesquelles ils végètent, il s'avéra nécessaire de combattre ces maux. Bien entendu, les Nord-Africains bénéficient de l'Assistance publique, mais les établissements de celle-ci étaient encombrés et ne pouvaient les garder aussi longtemps que nécessitait leur état, d'autant qu'ils ne peuvent profiter de convalescence efficace une fois chez eux. D'autre part, la plupart d'entre eux s'expliquaient mal en français et étaient, par conséquent, des malades difficiles pour un organisme non spécialisé dans les questions nord-africaines.

Il fallait donc des services connaissant les tempéraments de ces malades, parlant leur langue et sachant se faire écouter par eux. Seul un organisme pareil pouvait présenter une œuvre d'assistance efficace.

Sous l'impulsion éclairée de M. Pierre GODIN, un Dispensaire fut créé en 1926, son siège se trouve rue Lecomte, comprenant :

- Une consultation de médecine générale et Tuberculose,
- Une consultation anti-vénérienne.

Mais ce Dispensaire ne pouvait être utile qu'à ceux qui habitaient la partie nord de la ville; en 1928, le Dispensaire de la Mosquée passait aux Services des Affaires indigènes. Enfin, une petite infirmerie de 10 lits a été annexée au Foyer de la rue Lecomte, destinée à recevoir les malades trop légèrement atteints pour aller à l'Hôpital. Cette infirmerie, en 1930, a reçu plus de 2.000 journées de malades. Le Dispensaire de la rue Thiphaine, dont les locaux sont installés dans un arrondissement qui comprenait 6.000 Nord-Africains, commença à fonctionner en octobre 1934. Ce Dispensaire connaît une grande activité, et dès les premières semaines, il avait obtenu des résultats appréciables; en quelques semaines, il avait obtenu un chiffre de consultants égal à celui obtenu par le Dispensaire de la Mosquée en plusieurs mois.

Ces Dispensaires suffisent à leur tâche. La Préfecture de la Seine a couronné cet édifice en nommant à la tête des Dispensaires Nord-Africains le Docteur Ali SAKKA, premier Médecin musulman, Chef de service d'un établissement parisien qui, par sa science, sa connaissance parfaite du milieu Nord-Africain, contribua largement à la réputation de ce Dispensaire.

UN HÔPITAL FRANCO-MUSULMAN.

Nous avons vu l'importance du problème sanitaire que pose la présence des ouvriers Nord-Africains en France. Nous connaissons l'exiguïté des locaux de l'Assistance publique et la nécessité d'avoir un organisme spécialisé dans les questions Nord-Africaines, si l'on veut lutter contre ce fléau social. La création de l'Hôpital Franco-Musulman est un puissant moyen de lutte contre le danger sanitaire. Cet hôpital est le complément naturel des réalisations entreprises dès 1925, par le Conseil Municipal de Paris.

Les Dispensaires dépistent de nombreux malades, mais les établissements de l'Assistance publique, dont les médecins et les infirmières ne connaissent pas et ne comprennent pas ces malades difficiles qui, eux, se sentent dépayés.

L'hôpital comprend 350 lits, qui décongestionnent d'autant les hôpitaux de l'Assistance publique. Le Service de tuberculose comprend 92 lits,

la disposition du service est en fer à cheval, dont les branches sont dirigées au Sud. Des chambres doublées d'un couloir, pour l'isolement. Chaque branche comprend des dortoirs munis de hublots disposés au-dessus de chaque lit, qui permettent la surveillance extérieure. Au Nord, le réfectoire; au Sud, une salle solarium, une galerie de cure accessible de plain-pied et protégée par des stores occupe l'intérieur du fer à cheval; elle prend vue sur un vaste potager.

Ce Service, depuis sa création, est dirigé par notre éminent Maître, le Docteur SARKA.

CE QU'IL FAUDRAIT FAIRE :

Toutes ces réalisations : placement, foyers, dispensaires, hôpital franco-musulman sont excellentes et ont rendu de grands services, mais elles sont insuffisantes. Actuellement le Bureau de placement fonctionne au ralenti, ses foyers sont nettement insuffisants en regard de la population à satisfaire. Ils montrent seulement la voie à suivre. D'ailleurs, seuls les foyers de la rue Lecomte et de Gennevilliers continuent à fonctionner, les autres sont passés à d'autres œuvres. Il est de toute urgence de les rendre à leur usage initial. Les Dispensaires Nord-Africains sont suffisants, mais le service de

Tuberculose de l'hôpital Franco-Musulman est trop exigü.

Voici ce que nous proposons pour lutter contre l'extension de la tuberculose dans les milieux Nord-Africains :

Au départ de l'Afrique du Nord, un examen médical pratiqué par un phtisiologue avec radiographie dans tous les cas suspects. Une fois sur le territoire métropolitain, lutter contre les taudis, où s'entassent les ouvriers par la réouverture des Foyers déjà existants et leur multiplication dès que possible.

De rendre obligatoire et obligatoirement périodique les examens radiologiques systématiques des ouvriers, comme le préconise notre Maître, le Docteur SAKKA, dans sa communication à la Société de Tuberculose en 1941.

Pour les tuberculeux évolutifs, nous demandons l'agrandissement du Service de Tuberculose de l'Hôpital Franco-Musulman qui réalise vraiment le type de l'hôpital-sanatorium, dont le nombre de lits actuels doit être au moins doublé.

Faut-il permettre le retour libre des Tuberculeux en Afrique du Nord? Notre Maître, le Docteur SAKKA, a préconisé, pour enrayer les progrès de ce fléau social, les mesures suivantes, parmi lesquelles la plus importante est l'établissement entre les

Dispensaires de l'Afrique du Nord et de la Métropole une liaison médicale étroite pour la réaliser, il suffirait d'adresser au médecin du Dispensaire et au médecin de colonisation de la région d'où les malades sont originaires, une copie de leur dossier médical, ainsi serait réalisé entre l'Afrique du Nord et la Métropole, un système analogue à celui qui est employé en France pour les tuberculeux soignés dans les hôpitaux qui sont immédiatement signalés du dispensaire dont relève leur quartier.

Les tuberculeux sont alors visités chez eux, convoqués au dispensaire et régulièrement suivis, de même quand ils quittent Paris, le dispensaire les signale au dispensaire de leur future résidence et transmet à ce dernier leurs dossiers médicaux complets. De cette façon, un tuberculeux dépisté et soigné, ne peut plus échapper à la surveillance des organismes de lutte et de prophylaxie anti-tuberculeux.

Voici les mesures que nous proposons pour rendre la liaison médicale efficace :

Signaler à chaque Office d'Hygiène Sociale, des trois départements de l'Afrique du Nord, les noms de ses ressortissants tuberculeux au fur et à mesure qu'ils se présentent au dispensaire métropolitain. Chaque Office aura, à cet effet, un fichier cen-

tral, de même qu'il en existe un au Service des Affaires indigènes Nord-Africain;

— Dans le cas où le départ d'un malade sera effectué par les soins de l'Administration, celui-ci est connu et il est facile de le signaler.

— Dans le cas où le malade regagnera son pays d'origine par son propre moyen, tout contrôle devient difficile ou presque impossible. Le seul moyen consisterait alors à obtenir des Compagnies de navigation la liste de tous les passagers Nord-Africains; connaissant leurs noms, nous signalerons alors ceux qui sont inscrits comme tuberculeux au Dispensaire de France.

— Signaler les malades au médecin du bord afin d'éviter la promiscuité avec les autres passagers et rendre les conditions de voyage moins pénibles aux malades. Ce mode de collaboration est simple, il pourra rendre les plus grands services, la sécurité de l'Afrique du Nord. Il peut être rappelé à être modifié suivant les circonstances et sa mise en œuvre montrera plus tard les améliorations à y apporter.

Il est donc de l'intérêt des trois Gouvernements de l'Afrique du Nord de nous aider à accomplir cette tâche difficile pour le bien des malades, de sa famille et de la collectivité.

Mais, tous les moyens qu'on pourrait mettre en œuvre ne seraient rien et n'aboutiraient qu'à un résultat médiocre, si on ne se décidait pas à améliorer les conditions de vie de l'autochtone.

De lutter contre l'obscurantisme en rendant l'instruction obligatoire pour les Musulmans en Afrique du Nord.

CONCLUSIONS

Nous venons d'étudier la Tuberculose chez les ouvriers Musulmans Nord-Africains.

Ce qui les attirait dans la métropole c'étaient les salaires plus élevés à travail et rendement équivalents : un ouvrier obtient en France un salaire supérieur.

C'est donc la question économique qui compte véritablement.

Ces ouvriers se soumettent à des privations pour envoyer des subsides à leur famille restée en Afrique, d'où conditions de vie lamentables.

Ils sont cruellement atteints par le chômage, et l'oisiveté qui naît de cet état de faits est mauvaise conseillère; isolés, déracinés, ils souffrent plus que leurs camarades français de la misère des temps; le café leur apparaît vite comme un refuge naturel et ils demandent trop souvent l'oubli de leur détresse à l'alcool et au jeu.

La plupart d'entre eux sont arrivés à un degré de déchéance physique et morale indescriptible; et, tout comme le philosophe antique démontrait la marche en marchant, nous ne saurions mieux décrire la misère de ces gens qu'en allant voir ces infâmes quartiers de Gennevilliers où ils s'entassent.

Quoi d'étonnant qu'ils deviennent une proie facile pour les maladies et la tuberculose pulmonaire en particulier.

Nous avons vu les formes cliniques que présentaient nos malades : formes broncho-pneumoniques à mortalité effrayante.

Il nous suffit de dire que, du 1^{er} janvier 1942 ou 18 mai 1942 inclus, sur 159 malades hospitalisés à l'hôpital Franco-Musulman, nous avons constaté 72 décès.

Le Conseil Municipal de Paris s'est ému de cet état de choses et il essaya de lutter contre ce fléau par l'œuvre du placement et les Foyers pour la prophylaxie.

Le dépistage, par les dispensaires Nord-Africains.

L'isolement et le traitement par l'Hôpital Franco-Musulman de Paris et du département de la Seine.

Nous avons vu que ces moyens de lutte étaient insuffisants. Qu'il fallait rouvrir les Foyers qui avaient fermé leurs portes, les multiplier, agrandir le Service de Tuberculose de l'Hôpital Franco-Musulman, ouvrir largement les portes des sanatoria aux tuberculeux Nord-Africains, envisager éventuellement la création d'un établissement de cure dans une région au climat doux adapté au tempérament de ces malades.

Etablir une liaison sanitaire entre la métropole et l'Afrique du Nord.

Et surtout améliorer les conditions de vie de l'autochtone, lutter contre l'obscurantisme en rendant l'instruction obligatoire en Afrique du Nord.

La tuberculose est une maladie sociale, il ne faut pas craindre de sacrifier l'intérêt de l'individu à celui de la collectivité, car l'individu, seul objet de la médecine Hypocratique, est une abstraction.

Jadis, le peintre Delacroix, phtisique, avait fui le continent européen pour se réfugier sous les cieux plus cléments de l'Afrique du Nord et il admirait « les hommes et les femmes de cette forte race », et s'il est incontestable que certaines affections épidémiques régressent sous l'action des mesures prophylactiques judicieusement appliquées.

En matière de Tuberculose, au contraire, il faut reconnaître que les facteurs de dissémination ont

été plus rapides que les moyens de défense, d'où, à l'avantage de l'infection, une avance qui s'est traduite par l'augmentation du chiffre des atteintes.

Il faut de toute urgence prendre les mesures aptes à enrayer ce fléau dans son essor destructeur, dans l'intérêt de la collectivité Métropolitaine et Nord-Africaine.

Vu le Doyen :

BAUDOUIN.

Vu le Président :

TROISIER.

*Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :*

G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Norbert GOMAR. — L'Emigration Algérienne en France. 1931.

L'Algérie Médicale, n° de juin, 1933.

Note de M. Pierre GODIN au Conseil Municipal de Paris, sur le fonctionnement des services de Surveillance, de Protection et d'Assistance des Indigènes Nord-Africains résidant ou de passage à Paris et dans le département de la Seine, 1933.

Paris Médical, n° de février 1941.

Paris Médical, février 1942.

Dr Habib THAMER. — La Lutte antituberculeuse en Tunisie. (Thèse de Paris, 1938.)

Dr Manoubi BEN BÉCHIR. — Au sujet des formes cliniques de la Tuberculose Pulmonaire. (Thèse de Paris, 1934.)

H. N. DAVIES. — Danger of high Sensitivity to tubercle bacillus in African native as shown by marked local reaction to tuberculin. (East African m. j. 16 : 187-188 Aug. 1939).

- W. H. SMITH. — Pulmonary tuberculosis in African. (*East African M. J.* 15 : 318-328 janv. 1939.)
- E. ARNOULD. — La Tuberculose dans quatre grandes villes d'Afrique. (*Revue Coloniale de Médéc. Chirurgie*, n° 110, page 284, 15 août 1938.)
- F. BEZANÇON. — Sur la tuberculose dans l'Afrique du Nord. (8° Congrès de la Tuberculose, Marseille, 15-18 avril 1935, in *Presse Médicale* n° 37, 1935.)
- J. LAFONT. — La Tuberculose en Afrique. (*Concours Médical*, n° 26, 26 juin 1932.)
- Félix MASSELOT. — La Tuberculose des Musulmans de l'Afrique du Nord. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, n° 2195, 15 sept. 1937, page 609.)
- Félix MASSELOT et Edouard BLOCH. — La Tuberculose chez les Musulmans de l'Afrique du Nord. (*La Tunisie Médicale*, sept. et oct. 1937.)
- Georges PETIT. — La Tuberculose dans le Nord-Africain. (*Le Courrier Médical*, n° 26, 26 juin 1932.)
- A. SAUVAN. — Considérations cliniques et sociales sur la tuberculose des Indigènes de l'Afrique du Nord. (8° Congrès de l'Afrique du Nord, Marseille, 15-18 avril 1935. In *Presse Médicale*, n° 37, 8 mai 1935.)

- A. SAUVAN. — La Tuberculose des Indigènes de l'Afrique du Nord observée à Marseille. (Considérations cliniques et sociales vers l'avenir, 1^{er} sept. 1935.)
- A. ALBOU. — Etudes sur la tuberculose des travailleurs indigènes algériens dans les grandes villes (France et Algérie). De son expansion des Centres vers la campagne. (Thèse d'Alger, 1930.)
- Dr HENRY. — La lutte antituberculeuse en Tunisie. (*Bulletin du S.M.F.*, 1929.)
- Dr DENGUEGLI. — Programme d'action de l'O.H.S. (*Tunis Médical*, déc. 1931.)
- Dr AUBRY et THIODET. — La Tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie. (8^e Congrès de la tuberculose, Marseille, 1935.)
- Dr AUBRY. — Les effets et les indications du climat de l'Afrique du Nord en phtisiologie. (*Gazette Médicale de France*, sept. 1932.)
- Dr AUBRY. — Climats et stations climatiques de l'Afrique du Nord. (*Traité de Climatologie*.)
- L. PAYE. — Evolution du peuplement en Afrique du Nord.
- Dr M. DE NEYMAN. — Conditions d'éclosion de la Tuberculose pulmonaire chez les étudiants. (Thèse de Paris, 1940.)

Imprimerie 7 bis, Rue des Suisses, Paris

